

의료공공성 회복, 시장에 대한 규제가 필수적

2012.02.28 | 이은경_새사연 연구원 | eundust@saesayon.org

목차

1. 민간어린이집 파업으로
돌아보는 사회서비스의 공공성
2. 의료산업의 본질
3. 민간위주 의료 구축의 역사적 배경
4. 의료산업 공공성 부재의 문제점
5. 의료 공공성 회복을 위한 정책 대안

새사연은 2006년에 설립된 진보적 민간 연구소입니다.
정부와 기업의 지원을 받지 않으며,
회원들의 후원회비를 통해 운영되고 있습니다.

1. 민간어린이집 파업으로 돌아보는 사회서비스의 공공성

민간어린이집 집단파업이 심각해지고 있다. 파업을 한 어린이집은 폐업조치하겠다는 복지부의 강경발언이 있었고, 아이를 맡길 곳이 없는 부모들을 외면할 수 없어서 실제 휴원률은 높지 않다고 하나 파급력은 크다.¹⁾ 민간어린이집은 왜 파업을 하는 것인가? 이들은 정부의 국공립어린이집 우선지원에 반발하고 있다. 보육교사 처우개선 등도 주장하고 있지만 본질은 민간어린이집에 대한 지원을 확대하라는 것이다. 국민들의 대다수가 바라는 공공어린이집 확충이 어려운 것은 바로 이같은 민간 어린이집들의 반발 때문이다.

정부정책에 대한 집단 휴업은 11년 전 의약분업 추진당시 의료기관의 집단 파업사태와 유사하다. 응급실까지 폐쇄하는 강력한 집단행동은 의약분업 추진과정에서 높은 수가인상을 얻어내는 훌륭한 수단이 되었다. 그 이후 정부 정책에 대한 이익단체의 반발과 집단행동은 해당 단체의 이익을 관철하기 위한 강력한 수단이 되었고, 공공의 이익은 집단 이기주의에 밀려 제대로 추진되지 못하고 있다.

사회서비스 분야는 공공성을 담보해야 한다. 의료, 교육, 보육, 돌봄 등 전통적으로 개인과 가정에서 담당해왔던 서비스들이 여성의 사회진출과 사회발전에 조용하여 사회화되는 과정은 모든 산업사회에서 관찰되는 현상이다. 서구 대부분 국가들은 사회서비스를 공적으로 제공, 관리하고 있다. 이는 사회서비스가 공공의 이익에 복무하기 때문이다. 의료나 교육, 보육 등은 사회전체의 이익에 기여하지만 민간시장을 통한 제공만으로는 부족하다. 따라서 공공재정을 이용하여 공적기관에서 제공하는 것이 저소득층 등 서비스를 이용하기 어려운 계층에 대한 형평성을 달성할 뿐 아니라 적절하고 질높은 서비스를 제공할 수 있다.

우리나라에서도 산업화가 어느 정도 수준에 이른 이래 사회서비스 영역은 크게 확대되어 왔다. 건강보험과 공교육 도입, 보육료 지원 등의 발전은 정부재정 확대에 의해 견인되었으며 90년대 중반이후 크게 확대된 사회서비스 산업 역시 국가의 재정투입에 기반하고 있다. 문제는 재정은 국가에서 담당한 반면, 서비스제공은 철저

1) 이 글을 마무리하는 과정에 복지부와의 면담을 통해 합의를 도출하기로 하고 집단파업은 중단하기로 했다는 보도가 나왔다.

히 민간에 의지해 왔다는 점이다. 여기에는 여러 이유가 있지만 취약한 서비스인프라를 빠르게 발전시켜야 한다는 현실적 판단과 그 당시 한국사회를 지배하고 있던 시장우선의 신자유주의 철학이 주 원인이었다. 그 결과 현재 지나치게 민간화, 시장화 된 사회서비스 산업은 공공의 이익을 위한 사회서비스 개혁의 가장 큰 장애요인이 되고 있다. 대표적인 사례가 이번 민간어린이집 파업이다. 공보육확대에 대한 국민들의 요구가 높음에도 불구하고 공공어린이집을 더 확대하기 위한 정부정책은 계속 가로막히고 있다.

이런 현상은 사회서비스 전 영역에서 동일하게 발생하고 있다. 등록금을 현실화하고 입시경쟁위주의 고등교육을 개혁하고자 하는 의지는 사교육시장과 사립대학의 이윤추구에 의해 완벽하게 차단되고 있다. 공적영역에서 주거서비스를 해결하고자 하는 목표는 새로 신축되는 공공임대주택이 시장에서의 주거비용 인상문제를 해결하지 못함으로 인해 공적 개입의 효과가 상쇄되고 있다. 무상의료를 위해 건강보험 재정을 확충하는 것도 대형병원과 민간의료기관의 이윤으로 넘어갈 우려가 높다. 이러한 현실은 복지를 확충하고 공적 사회서비스를 확대하기 위해서는 민간 서비스 산업에 대한 적절한 통제기전을 마련해야 함을 단적으로 보여준다.

이런 관점으로 이 글에서는 특히 의료산업에 대한 공공성 확보에 대해 다루고자 한다.

2. 의료산업의 본질

보건의료서비스, 제약산업, 의료기기산업, 보험산업 등으로 구성되어있는 의료산업은 국민 건강 증진과 경제성장이라는 두 가지 목표를 달성하기 위한 중요한 영역이다. 현재 우리나라에서는 의료산업을 "의료"의 영역에서 다루어야 한다는 입장과 "산업"의 영역에서 다루어야 한다는 입장이 팽팽하게 대립되어 있다.

의료를 산업적 영역에서 다루어야 한다는 측은 병원, 제약, 보험 등의 자본세력과 경제성장을 중심에 놓는 경제관료들로 구성되어 있다. 이들은 2005년 의료산업선진화 논의를 시작으로 의료산업이야말로 저성장 시대 경제성장을 이끌어갈 가장 강

력한 블루오션이라고 보고 있다. 때문에 의료산업을 활성화하기 위해 영리병원 도입, 당연지정제 폐지, 의료기관 MSO허용 등 규제를 완화하자는 주장을 거세게 제기한다.

하지만 의료산업은 보건의료체계의 일부분이며 시장중심으로만 구축되어서는 안된다. 보건의료의 공공재적 성격, 시장실패와 국가 개입의 필요성, 지나친 의료산업화가 같은 폐해 등은 잘 알려져 있다. 미국을 제외한 대부분의 국가에서 의료산업은 국민 건강증진을 위한 수단으로 인정되며 지나친 의료산업의 발달은 오히려 국민 건강달성에 장애가 된다는 것이 일반적인 결론이다. 특히 의료서비스 산업은 의료기기, 의약품산업 등 타 산업을 견인하는 가치사슬의 중심점에 있다. 즉 의료서비스를 제공하는 생산 주체인 동시에 보건산업 제품 및 기술을 소비하는 주체로서 그 역할을 하고 있다. 의료산업의 목표는 국민 건강증진이며, 경제는 의료산업이 발달하는 과정에서 의료가 국민건강을 위해 가장 효율적으로 구축될 수 있도록 작동해야 한다.

우리나라의 의료서비스 산업은 규제가 많아서가 아니라 지나치게 민간의료기관의 영리적 운영이 가능하도록 제도가 구축되어 있으며 의료서비스의 공공성은 심각하게 훼손되어있다. 현재 과도한 시장중심과 독점으로 인해 치료서비스 중심의 의료서비스, 왜곡된 의료정보, 불필요하거나 유해한 치료 강제, 고가의 의료비 지출의 문제가 발생하고 있다. 다국적 제약회사와 국내 제약회사의 연계로 인한 약제비 문제, 병원자본의 문제가 가장 심각하게 나타나고 있으며 병원을 중심으로 한 의료산업화는 세계적으로 유례없는 현상을 낳고 있다. 특히 병원의 문제가 심각하다. 병원은 환자 진단 및 치료, 보건 전문가들이 훈련받는 장소 이상의 사회적 역할을 가지고 있으나 우리나라의 병원은 병원 소유자의 개인 자산으로 인정되어 왔으며 대형병원의 출현 이후 효과적인 자본 축적의 대상으로 활용되고 있다.

의료산업은 가장 잘 발달되어 있으나 국민 건강증진에는 도리어 악영향을 미치는 대표적인 사례로는 미국이 있다. 의료산업이 지나치게 발달하고 의료권력이 자본에 집중되어 있어 비싼 의료비를 지출하지만 국민 건강수준은 매우 낮은 편이며 합리적인 의료개혁의 수단이 거의 없다. 하지만 미국 의료산업은 보험자본과 제약자본의 영향력이 과도한 것이 문제이지 공공병원과 의사의 전문적 역할은 남아있다. 우

리나라는 공공병상과 의사의 전문적 역할이 부재하고 병원자본의 문제가 미국보다 훨씬 심각한 상황이다.

3. 민간위주 의료 구축의 역사적 배경

우리나라 보건의료 전문가들은 초기 미국에서 공부했으며 그 당시 미국의 의료정책은 공적재원-민간공급을 특징으로 한다. 2차 세계대전 이후 폭발적인 의료확충기에 대부분의 유럽국가에서 공적재원-공적공급의 경로를 택한 반면, 미국은 여러 차례의 의료개혁에 실패함으로써 ‘민간을 활용한 의료공급확충’이라는 방향이 고착되게 된다. 실제 보건의료에 투자한 공적 자금은 다른 유럽국가와 큰 차이가 없으나 공공병상이나 공적보험을 통해 제공한 것이 아니라 민간이 의료를 제공하고 규제를 민간에 의존하는 관리의료방식을 채택함에 따라 공적 자금의 투자에 비해 공공성은 매우 취약해지는 결과를 낳았다.

이러한 정책은 우리나라에도 그대로 도입되었다. 우리나라 의료의 확충기는 70년대 후반부터이다. 이 시기 병상정책의 최우선 과제는 부족한 병상을 확충하는 것이었고 정부는 상당한 자금을 민간병상 확충에 지원하게 된다. 1970년부터 건강보험 도입 이전까지는 취약지 병상 확충을 위한 민간병원 건립지원이 주를 이룬다. 시중은행의 특별정책자금, 일본 해외경제협력기금, 독일 개건은행기금을 통해 병원건축비 및 의료장비 구입자금 지원, 그 외에도 시설비 용자금에 대한 이자보전, 운영비 일부 국고보조, 공중보건의 민간병원 배치, 수입의료장비에 대한 세제혜택 등이 정책적으로 추진된다.

공공병원을 통해 지역 편차를 해소하려는 노력이 지속되었으나 민간병상을 우선적으로 지원하고 이를 보완하는 방식이었다. 그 결과 민간이 들어가지 않는 17개 군 지역 보건소를 병원화하고 기존 시도립병원을 지방공사화하는 수준이었다. 또한 정신질환, 결핵병원, 심장병센터 등이 공공병원으로 지어지는데 국한되었다.

1987년 건강보험 도입 이후에는 급속히 확대되는 의료수요에 대처하기 위해 대도시지역의 의료기관 개설시 규제를 완화하고 민간병원 건립을 지원했다. 전국적으로

약 2만 병상이 부족한 것으로 추계되어 병상확충정책이 본격적으로 추진되어 민간 병상에 대한 규제의 완화와 해지가 이어졌다. 대표적 과제로 대진료권별 연도별 병상수 상한제 폐지, 병상 신증설에 대한 허가제도 완화, 의과대학 부속병원 신증축 처리기준 개정, 의과대학 부속병원을 제외한 병원과 종합병원에 대한 장관 사전승인제 폐지, 의과대학 부속병원 신증설 처리기준 폐지, 의원 병상기준을 20병상에서 30병상으로 상향 조정하는 등의 정책이 추진되었다. 결과적으로 병상은 확충되었으나 지역적 편차는 더욱 커지게 되었다. 더욱 심각한 문제점은 병원의 역할이 다양해져야 하는 요구에 대응하지 못하고 영리적 운영이 강화되기 시작했다는 점이다.

90년대에는 병상규제수단의 부재로 인한 무규제와 재벌 병원의 탄생, 의료기관 간 무한 경쟁이 펼쳐졌다. 미국을 비롯한 OECD 선진국들이 의료비 증가를 억제하기 위해 90년대 이후 급성기 병상의 입원치료를 외래나 지역사회 혹은 재가서비스로 이전하면서 급성기 병상의 절대 규모를 줄여왔다. 하지만 우리나라는 97년 이후 OECD 평균 수준의 병상규모에 도달했음에도 불구하고 병상확충을 지속하였다.

2000년대 들어서면서는 인력, 의료시설 등 의료자원의 공급이 급증하고 병상의 지역별 불균형 분포, 부적절한 병상 이용이 지속되어 불필요한 건강보험 재정 낭비가 심각해졌다. 병상지원정책이 병상확충에서 공급 적정화 및 기능전환으로 변경되었다. 하지만 병상에 대한 모든 규제가 해제되어 쓸 수 있는 정책수단이 없었기 때문에 문제는 더욱 악화되어 갔다. 유일한 정책은 민간병원에 대한 재특자금 지원을 중단하고, 중소병원이 급성병상을 장기요양병상으로 전환시 재특자금 지원을 도입한 것이다. 하지만 급성기 병상의 확충은 줄지 않은 상태에서 장기요양병상이 크게 증가하여 2007년 이후 장기요양병상 공급과잉 우려로 중단되었고 현재는 급성기 병상과 장기요양 병상 모두 심각한 과잉상태이다.

이상 병원 정책의 역사를 보면 우리나라 병상정책은 민간공급 확대를 위해 대부분의 규제를 폐지해 왔고 90년대 이후 병상규모 합리화의 필요성이 증대되었으나 실제 집행할 수 있는 정책수단은 전무한 상황이 지속되고 있음을 알 수 있다. 90년대 이후 가속화된 재벌 자본의 병원 산업진출과 기존 병원자본의 거대화는 한국 의료의 가장 큰 문제점인 병원 자본의 집중과 지나친 경쟁시스템을 야기한 주원인이 되었다. 여기에는 사학재단과의 결탁 속에 의과대학-병원자본-대기업으로 이어지는

의료계의 거대 권력 형성이 포함되어 있다.

우리나라 병상확충은 사립대의 의과대학 과다 신설과 궤를 같이 해 왔다. 대학에 대한 규제를 완화해 부실한 사립대학을 양산했던 93년 김영삼 정부의 대학교육개혁시기 사립대에서 가장 적극적으로 개설신청을 요청한 단과대학은 의, 치, 한의과 대학들이었다. 의료인력은 부족한 상황이기 때문에 의과대학 정원 확충은 매우 중요하다. 하지만 국공립대학의 정원을 늘리는 방식이 아닌 부실한 사립대에 의과대학을 신설해주는 방식을 선택했다. 때문에 교육에 필요한 기준을 충족시키지 못하는 의, 치, 한의과 대학이 상당수이며 이들은 대부분 같은 재단 소속의 대학병원을 유지할 수 있는 물적 토대가 되고 있다. 이는 대형병원의 70% 이상이 학교법인이라는 것에서 명확히 드러난다. 대부분의 대형병원은 “자체 자본축적 또는 재벌 자금 도입 → 의과대학 신설 또는 인수 → 학교법인으로 대형병원 진입 → 학교법인에 대한 다양한 혜택과 수련인력 확충을 통한 인건비 절감” 등의 과정을 통해 현재의 독점적 지위를 획득할 수 있었다.

이러한 과정은 외국의 병원-의과대학의 상호 발전과 매우 다르다. 외국의 경우에는 “공적 자금의 의과대학 지원 → 의학연구와 의료인 양성기관으로서의 병원 → 진료 수익이나 등록금이 아닌 공적 자금으로 대학과 병원 운영 → 공익적 역할의 대학 및 병원 운영”의 경로를 밟아왔다. 의료상업화 수준이 심각한 미국에서도 의료의 공공성을 지키는 마지막 보루라는 유명 국립 의과대학과 공공병원들이며 공공병원의 질이 훨씬 높다. 하지만 한국 의대와 병원은 철저히 수익에 기초해 설립되어 왔으며 의과대학은 대형병원 유지를 위한 수단으로 기능하고 있다. 외국의 유명한 병원과 그 토대가 되는 의과대학이 대부분 전문적 의료기술과 의약품의 개발, 임상시험, 연구비 지원 등을 통해 주 수입을 내고, 의료인력 양성, 저소득층 진료 및 필수적 진료 수행 등 공익적 역할에 지출을 하는데 반해, 우리의 유명 대학과 병원에서는 대부분의 수익을 외래진료, 비급여 진료, 부대사업 등에서 내고 있으며 지출은 고유목적적립금, 투명하지 않은 회계를 통해 재단의 재산으로 적립하고 있는 것이다.

4. 의료산업 공공성 부재의 문제점

이러한 역사적 경험은 우리나라 의료서비스 기관의 공공성 부재를 초래했다. 재단은 병원과 대학을 자신들의 소유로 생각하고 있으며 기업운영방식으로 병원을 운영하고 있다. 상부 의료기관과 대학의 경향은 규모가 작은 병의원에 직접 영향을 미친다. 의료인들은 자신의 정체성을 병원과 동일시하고 있으며 대형병원과 의사 개인, 특히 개원의들과의 이해가 상충됨에도 불구하고 병원중심의 정책에 지지를 보낸다.

대형병원의 영리적 운영 형태는 그대로 이어져 중소병의원은 척추, 관절, 항문, 피부, 비만 등 전문병원으로 특화해 자본화하고 있다. 이들 전문병원의 영리적 운영은 더욱 심각해져 우리나라 척추 및 관절수술, 항문수술, 성형수술, 임플란트 시술 등이 압도적으로 세계 1위에 달하는 원인이 되고 있다.

외국의 경우 유명 병원과 대학 등에서 교과서적 진료의 지침을 생산하고 그에 따른 의료규제를 의사협회 등을 통해 수행하는 반면, 우리나라의 의료인협회는 철저히 해당 의료인 집단의 경제적 이득을 위해 활동한다. 의학학회가 아닌 의사협회라는 명칭을 사용하며 다양한 로비와 정치적 활동을 통해 사회경제적 지위를 공고히 하는 활동에 집중해 있다.

병원은 보건의료서비스 산업에서 매우 중요한 역할을 차지한다. WHO는 “병원은 지역사회 주민들의 예방·치료 및 재활을 포함하는 포괄적 의료를 행하는 지역사회 의료체계 내에서의 중심기관이다. 또한 병원은 보건의료기관 관계 종사자의 훈련과 생물·사회학적 연구를 수행하며, 지역사회 각급 의료기관이 효과적이고 효율적으로 운영될 수 있도록 제반 지원을 수행하여야 한다”고 정의하고 있다. 병원은 보건의료재원의 상당 부분을 소비하고 있다.²⁾ 또한 보건의료체계의 정점에 위치하고 있어 보건의료서비스에 지대한 영향력을 행사하고 있다. 병원에 근무하는 전문 인력의 영향력은 커지고 있어 보건의료시스템에서 상당한 영향력을 발휘하고 있다. 특히 근거기반의학이 제기되고 보건의료관련 기술 발전과 신약 개발이 활성화되는 등 의료기술의 고도화는 병원 역할 확대의 원인이 되고 있다.

2) 서유럽 국가의 경우 국민의료비의 50%에 육박하는 수준을 병원에 사용하고 있다.

그런데 우리나라의 병원은 지나치게 수도권 집중으로 거대화되고 있어 문제가 매우 심각하다. 대형병원은 지나치게 거대화되어 있고 수익 역시 대기업 수준의 매출을 올리고 있다. 비영리법인과 학교재단을 통해 많은 혜택을 누리고 있고 공적 자금인 건강보험재정을 제일 많이 지불하고 있음에도 불구하고 공적 역할에 대해서는 침묵하고 있다. 또한 병상의 낭비도 심각하다. 병상 공급은 과잉상태이며³⁾ 이로 인해 전국 평균 병상 가동률은 70% 수준에 불과하다. 특히 병원의 90%, 병상 기준으로 70%가 300병상 미만으로 적정 규모에 미달하고 있고 이러한 병원들은 질적 수준 저하, 과잉진료, 노동착취 유발 등의 문제가 심각하다.

대형병원의 거대화 현황과 수익구조

- 가톨릭 의료원은 서울 성모병원 1,200병상, 여의도 성모 770병상, 의정부 성모 706병상, 부천성모 590병상, 인천성모 430병상, 성빈센트 791병상, 대전성모 605병상으로 총 5,293병상에 달한다.
- 서울아산병원은 총 2,680병상이며, 의료수익 1조 3269억 원, 의료외 수익 950억 원, 총 수익 1조 4859억 원에 달한다.
- 서울대병원은 총 1691병상이며 그 외 어린이 병원 270병상, 분당서울대병원 833병상을 추가로 보유하고 있다. 의료수익은 1조 318억 원, 의료외수익(장례식장, 주차장 운영 등)은 1171억 원으로 총 1조 1489억 원에 달한다.
- 삼성서울병원은 총 1951병상이며 의료수익은 9193억 원, 의료외수익은 950억 원으로 총 1조 143억 원에 달한다.

대형병원의 고유목적사업준비금과 부대사업이익금

- 2012년 서울대병원은 920억 원을, 삼성서울병원은 640억 원, 서울아산병원은 1739억 원을 고유목적사업준비금으로 적립하고 있다. 이는 사학재단의 적립금과 유사하게 사용된다. 실제로는 쓰이지 않고 쌓여있지만 회계상으로는 비용으로 계산되어 적자회계를 주장하는 근거가 되고 있다. 사실상 이는 재단의 수입으로 보아야 한다.
- 또한 장례식장, 식당, 은행, 편의점, 기타 부대시설 등 부대사업을 통한 이익은 대형병원의 경우 년 수 천 억 규모에 달한다. 하지만 독립된 회계를 이용해 불성실한 신고와 과도한 비용 책정으로 정확한 수입이 파악되지 않고 있다.

3) 2009년 병상수요는 29만 개였으나 공급은 33만 개로 초과공급 상태였다.

5. 의료 공공성 회복을 위한 정책 대안

우리나라에서 병원의 역할을 재정립하고 효율적인 의료전달체계를 구축하는 것은 매우 지난한 과제이다. 해결해야 할 과제로는 ① 병원의 지속적 증가와 병상과잉 해소 ② 의료기관 간 기능 재정립으로 대형병원 환자 집중현상 해소 ③ 질적으로 낙후된 병원의 개혁방안 ④ 병원서비스의 질 개선과 병원인력 확충 등이 있으며 가장 강력하게 제시되는 방안은 일차의료 강화와 공공의료 확충이다.

그러나 앞서 보았듯이 병원에 직접적 규제를 가할 수 있는 정책은 거의 폐지되었다. 정부가 쓸 수 있는 정책수단은 건강보험밖에 없었고 정부에서는 의료기관의 정당한 역할을 유도하기 위해 건강보험수가를 통한 정책을 추진해왔다. 의료전달체계 구축을 위한 본인부담금 차등 적용, 과도한 진료행위에 대한 심사평가 후 수가협상 등이 거의 전부이다. 하지만 매우 고착화된 민간의료기관의 영리적 운영을 건강보험 수가만으로 조정하는 것은 불가능하다. 또한 건강보험 수가 협상 과정이 의료인의 영향력 하에 장악되어 있기 때문에 영향력 있는 정책은 추진조차 불가능했다.

따라서 건강보험 강화를 통한 의료질서 확충이 갖는 한계를 명확히 봐야 한다. 건강보험 강화는 보장성 확대라는 다른 정책목표를 위해 추진되어야 하며 공급구조를 개편하기 위해서는 다른 차원의 정책이 필요하다. 우선적으로 필요한 것은 공공의료의 확충을 통한 합리적 의료시스템의 구축과 민간의료의 선도, 일차의료의 강화이다. 또한 대부분 해체된 병원개설과 운영에 관한 직접적 규제를 부활시켜야 한다.

의료 공공성을 강화하기 위한 세부적인 정책은 새사연의 대안보고서에서 구체적으로 다룰 예정이다. 본 보고서에서는 핵심적 정책과제 중심으로 정리해 보았다.

1) 공공병상 확충

가장 중요한 것은 공공병원을 우선적으로 확충하여 시장을 선도할 수 있을 정도의 공공병상 점유율을 확보하는 것이다. 500병상 정도의 공공병원 1개를 운영하는데 운영비 포함 년 1조 원 정도의 예산이 소요된다고 가정했을 때, 의료공백이 심하고 정책적으로 의미있는 지역부터 확충해가야 할 것이다. 매년 1~2개 정도의 공공병

원 신설은 충분히 가능하다. 의료기관 질 평가에 의한 기존 병상 퇴출과 맞물려 수행한다면 빠르게 공공병상 점유율을 높일 수 있다.

2003년 연구에 따르면 병상 1개당 신축비용을 2.2억 원으로 추계하고 있고 이 경우 500병상 규모의 공공병원 신설시 1,100억 원이 필요하다. 신내동 서울의료원 신축비용은 620병상에 시비 2422억 원이 소요됐다. 땅값으로 인한 지역적 차이는 있겠지만 병상당 3.8억 정도가 들었다. 대략 계산했을 때 연간 1조 원이면 서울지역을 기준으로 500병상 규모의 공공병원 5개를 신축할 수 있다. 연간 1조씩 3년간 사용한다고 했을 경우 300병상 규모의 병원 30개, 500병상 규모의 병원 15개, 300병상 규모의 공공병원 25개를 신축할 수 있다. 현 건강보험 재정이나 국가 재정에서 연 1조 원 정도의 예산 투입은 크게 문제되지 않는다.

병상이 과다공급된 상황에서 공공병원 확충이 무리가 될 수 있는 있다. 하지만 민간병원의 비효율이 심각해지고 정상적 운영이 불가능해 질 관리가 되지 못하는 중소병원이 많은 상황이라는 점을 고려해야 한다. 따라서 대형 종합병원의 병상확충 금지, 영세한 중소병의원 병상 퇴출과 동시에 줄어드는 병상을 일정부분 공공병상으로 대체하는 정책이 필요하다. 의료기관 질 평가를 개선하고 엄격하게 평가하여 그에 따른 퇴출구조를 만들어 과도하게 운영되고 있는 비효율을 정리해야 한다. 이러한 정책이 동시에 추진될 경우, 공공병상의 점유율은 상당히 올라갈 수 있을 것이며 적어도 30% 이상은 점유해야 의료시스템을 선도할 수 있을 것이다.

2) 기존 국공립병원을 포함한 공공의료기관의 공익적 운용

또한 기존의 공공병원의 시설을 현대화하는데 국고 및 지자체의 재원을 투자하고, 이사회 기능을 강화하거나 공익이사제도를 도입하여 공공병원 운영에 있어서 공익적 성격이 강화될 수 있도록 해야 한다. 병원 평가에 있어서도 수익성 중심이 아니라 공익적 활동을 기준으로 평가해야 한다. 간호인력을 정규직으로 확충하고 간병수당 도입을 통해서 의료서비스의 질을 강화해야 한다. 6인실 이상 병상 의무 비율을 강화하고 저소득층 치료, 응급치료, 지역 보건의료시스템의 중추역할을 강화해야 한다.

3) 공공의료기관 의료전달체계 구축

국립대학병원, 국립의료원, 국립암센터를 추축으로 한 국가중앙의료원 네트워크를 구축하여 공공의료기관에서 먼저 의료전달체계를 구축할 필요가 있다. 또한 국공립 병원 단일 법인화 폐지 및 정부 관리 기능을 회복해야 한다.

4) 민간병원 규제 부활 및 공공성 견인

300병상 이하 병원 신설을 억제하고 수도권 대형병원의 병상추원을 금지시켜야 한다. 지역별 병상 총량제, 병상 확충시 허가제를 도입하여 민간병원의 무분별한 병상 확대를 막아야 한다. 민간의료기관의 질 평가를 현실화하여 기준에 부합하지 못한 병원은 퇴출시키고, 퇴출 이후에는 공공병상만 확충해야 한다. 또한 병원급 총액계약제를 도입하고 종별차등수가를 폐지하며, 비급여 혼합진료와 임의비급여 선택진료비 부과와 의료광고를 금지해야 한다.

이상 한국 보건의료가 지나치게 상업화, 민간중심이 된 역사적 배경과 그 문제점을 살펴보고 공공성을 회복하기 위해 시급한 과제들을 정리해보았다. 이상의 과제들은 선거 때 인기를 끌 수 있는 정책은 아니다. 복지를 확충하고 혜택을 늘리는 것은 재정을 일부 충원하면 달성할 수 있는 과제이나 서비스산업의 구조를 개혁하고 공공의 직접 공급을 늘리며 민간병원에서 최소한의 공익적 역할을 수행하게 하는 과정은 매우 지난하다. 하지만 의료공공성의 회복없이 무상의료나 보장성 확대정책은 실현불가능하다는 사실을 외면해서는 안된다. 민간서비스 시설의 과업과 같은 강경한 집단행동에 맞서 정책을 실현하기 위해서는 최소한의 공적 영역이 존재해야 하고 시장과 경쟁해 올바르게 견인해낼 수 있어야 한다.

우리나라 사회서비스 분야의 핵심 논쟁 중 하나는 한국 사회서비스가 시장중심구조로 고착화되어 되돌릴 수 없는 상황인지 아니면 구조개혁이 가능한지 여부이다. 하지만 최근 재벌 개혁, 신자유주의 개혁이 핵심 과제로 떠오르는 것을 본다면 사회서비스 분야의 개혁이 불가능하지만은 않아 보인다. 오히려 이러한 과제를 정치적으로 부각시키는 것이 복지논쟁에서 차별성을 가질 수 있는 유일한 방안일 수 있다. 선거시기 보다 근본적인 사회개혁의 이슈가 전면화되길 기대한다. 🇰🇷